

ÖGK _____

A B BVA-EB

BVAEB-OEB

SVS-GW

SVS-LW

Familienname(n)

Vorname(n)

Versicherungsnummer

____/____/____/____

Anschrift

Familienname(n)

Vorname(n)

Versicherungsnummer

(nur auszufüllen, wenn Patient ein/e Angehörige/r ist)

____/____/____/____

Taxe

Gültig: **1 Monat ab Verordnung** Datum:

Pilzwidrige Brustsalbe

Aetherol. Carvi (Kümmelöl) 2,0
Oleum Amygdalae (Mandelöl) 10,0
Triglycerida mediocat. (Triglyceride) 25,0
Adeps neutralis (Hartfett) ad 100,0
M.D.S. Pilzwidrige Brustsalbe zur Pflege und
Nachbehandlung betroffener Hautstellen

Rezeptgebühr

Anzahl _____

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung